

介護職員などによるたんの吸引等実施のための研修（不特定多数の者対象）

研修講師履歴書 及び 就任承諾書

登録研修機関の 名 称	大阪府社会福祉協議会 大阪福祉人材支援センター		
氏 名		性 別	男・女
生 年 月 日			
保 有 資 格	1. 医師 2. 保健師 3. 助産師 4. 看護師		
担当 科目	基本研修	講 義	人間と社会
		保健医療制度とチーム医療	
		安全な療養生活	
		清潔保持と感染予防	
		健康状態の把握	
		高齢者及び障害児・者の「喀痰吸引」概論	
		高齢者及び障害児・者の「喀痰吸引」実施手順解説	
		高齢者及び障害児・者の「経管栄養」概論	
	演 習	口腔内の喀痰吸引	
		鼻腔内の喀痰吸引	
気管カニューレ内部の喀痰吸引			
胃ろう又は腸ろうによる経管栄養			
経鼻経管栄養			
救急蘇生法			
実地研修	口腔内の喀痰吸引		
	鼻腔内の喀痰吸引		
	気管カニューレ内部の喀痰吸引		
	胃ろう又は腸ろうによる経管栄養		
	経鼻経管栄養		
	人工呼吸器装着者への喀痰吸引		

* 実地研修を行う項目に○を記載してください。

職歴 ・講師歴	名 称	業務内容	年 月
	合 計		
その他の資格	名 称	取 得 機 関	取 得 年 月 日

上記のとおり相違ありません また当該研修の講師として就任することを承諾します。

年 月 日

所属施設・事業所 講師氏名 印

備考1 免許の写し、また講習会を受講している場合は、修了した各講習会の修了証明書を添付してください。

2 「保有資格」欄に記載する資格の中に該当するものがあれば、その番号に「○」を記載してください。